

「施設訪問相談事業」申込書

令和 年 月 日

フリガナ					
法人名					
フリガナ					
事業所名	※一法人で複数希望の場合は、事業所名（事業名）すべてを記入ください				
住 所	〒 -				
電 話	() -	FAX	() -		
担当者	<input type="checkbox"/> 苦情解決責任者 職種名/氏名 _____ / _____ <input type="checkbox"/> 苦情受付担当者 職種名/氏名 _____ / _____ <input type="checkbox"/> その他 職種名/氏名 _____ / _____				
〔いずれかに レ点をご記 入ください〕	1. 年 月 日	希望 曜日	1. 月曜日	希望 時間	1. 午前 (: ~ :)
	2. 年 月 日		2. 火曜日		2 時間以内
	3. 年 月 日		3. 水曜日		
	4. 年 月 日		4. 木曜日		2. 午後 (: ~ :)
	5. 年 月 日		5. 金曜日		2 時間以内
【主な相談内容、ご意見、ご質問、ご要望等】 ※別紙でも可					